

Ongelmallinen mielenterveys

BRITTA SOHLMAN – TUULA IMMONEN – IRMA KIIKKALA

”Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä!” oli tunnuslauseena Suomessa vuonna 1999 pidetyssä EU:n mielenterveyskonferenssissa (Lavikainen & al. 2001). Viesti ei ole edelleenkään mennyt perille, sillä lähes poikkeuksetta mielenterveydestä puhuttaessa tarkoitetaan mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia, ei suinkaan mielenterveyttä. Mielenterveys-käsite on epämääräinen ja monitulkintainen. F. Hill (1994) onkin todennut, että jokainen tietää, mitä mielenterveys ei ole, mutta kukaan ei ole täysin varma siitä, mitä se on.

Positiivinen mielenterveys: voimavarat

”Putting Mental Health on the European Agenda”-hankkeen loppuraportissa (Lahtinen & al. 1999) mielenterveyttä lähestytään suhteellisen uudesta näkökulmasta, jonka keskeiset ajatukset on tiivistetty kuvion 1 funktionaaliseen mielenterveyden malliin. Mallissa mielenterveys määritellään menneisyyden ja nykyisyyden altistavien tekijöiden, henkilökohtaisten resurssien, laukaisevien tekijöiden, sosiaalisen kontekstin ja erilaisten mielenterveyden seurausten avulla. Mallin osatekijöiden ajatellaan olevan jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Mielenterveydestä käytetään mallissa käsitettä ”positiivinen mielenterveys”, joka esitetään joukoksi erilaisia psyykkisiä resursseja ja kykyjä, ihmisen voimavaroiksi. Mielenterveyden prosessi kuvastuu jatkuvasti jokapäiväisissä kokemuksissamme ja vuorovaikutuksessa muiden ihmisten, ympäristön ja koko yhteiskunnan kanssa sekä kulttuurissa, jossa elämme.

Käsitteillä on väliä

Funktionaalinen mielenterveyden malli ja positiivinen mielenterveys -käsite tarjoavat mielenter-

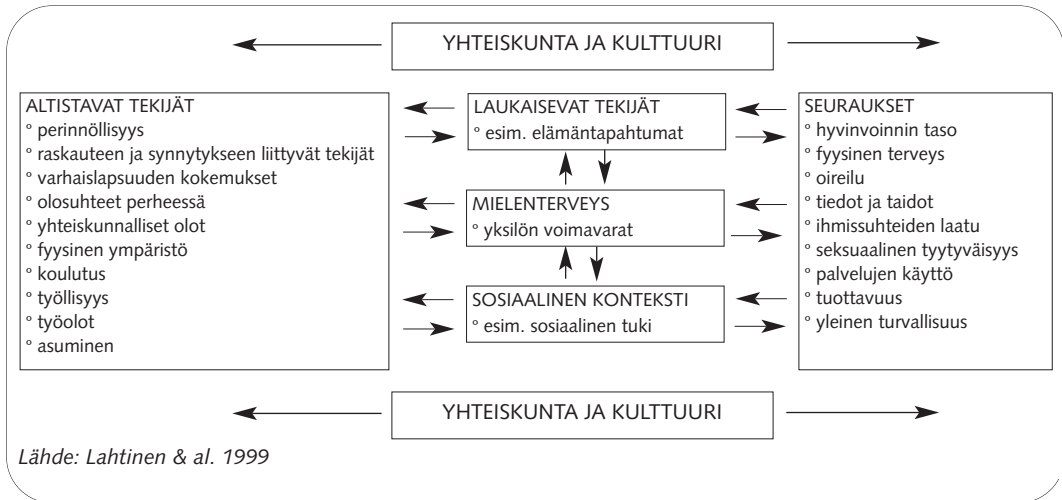
veys-mielensairaus-jatkumoajattelua laajemman näkökulman tarkastella ihmisenä olemista, olemisen suhdetta yhteiskuntaan ja kulttuuriin sekä sitä, miten olemista voidaan tarpeen tullen tukea. Näkökulmien välinen ero on merkityksellinen, koska kielenkäyttö ei ole puolueeton todellisuuden kuvaaja, vaan sen aktiivinen tuottaja. Määrittellen, luokitellen ja kuvaten tuotetaan todellisuutta ja samalla todellisuudessa toimimisen tapoja. (Herron & Mortimer 2000; Carver & Hyvärinen 1997).¹

Vallitseva näkemys mielenterveydestä perustuu kuitenkin edelleen jatkumoajatteluun (The State of Mental Health ..., 2004). Tämä näkemys tuottaa tuloksena ensinnäkin sen, että mielenterveyspuhe on hyvin yleisesti puhetta mielenterveyden häiriöistä. Tällöin estyy mahdollisuus nähdä mielenterveys yhteiskunnan merkittävänä positiivisena potentiaalina. Toisaalta mielenterveystyö ymmärretään ennen muuta sairauksien hoitamiseksi. Tällöin tullaan vapauttaneeksi vastuusta ne yhteiskunnan tahot, jotka tekevät tärkeimmät väestön mielenterveyteen vaikuttavat päätökset. Näitä päätöksiä ei tehdä mielenterveystoimistoissa, joissa usein kylläkin korjataan jälkiä.

Viime aikoina on puhuttu paljon lasten ja perheiden pahoinvoinnin lisääntymisestä (Bardy & al. 2000) sekä vastaavista ilmiöistä työyhteisöissä (Työnjako ja työrasitus ..., 2004; Siltala 2004). Kuitenkaan mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut epidemiologisten tutkimusten mukaan oleellisia muutoksia. Tätä näennäistä ristiriitaa voidaan lähestyä funktio-

¹Maila Upanne (2001) on todennut itsemurhien ehkäisykäsityksiä koskeneessa tutkimuksessaan, että mielenterveysalan ammattihenkilöiden käsityksissä ilmenivät selkeästi omaksutut ihmiskäsitykset ja ongelmien kehittymistä koskevat näkemykset. Nämä ”paradigmat” suuntaavat myös käytännön toimenpiteitä.

Kuvio 1. Funktionaalinen mielenterveyden malli



naalisen mielenterveyden mallin pohjalta. Mallin mukaan ihmisen positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavat yksilöllisten ominaisuuksien ohella myös kulttuuri ja yhteiskunta, jossa hän elää. Tällöin on selvää, että yhteiskunnan monilla tasoilla tapahtuvalla päätöksenteolla ja toiminnoilla on merkitystä yksittäisten ihmisten positiivisen mielenterveyden kannalta. Kilpailu, taloudellinen epävarmuus, arvojen koveneminen jne. ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisten positiivista mielenterveyttä heikentävästi. Tällöin pahoinvointi voidaan nähdä ihmisten voimavarojen, resurssien, vähenemisenä, ei mielenterveyden häiriönä. Näin ollen ”pahoinvoivien” lasten ja aikuisten auttaminen tavanomaisin lääketieteellisin keinoin ei ole mahdollista. ”Masennuslääke” ei anna voimavaroja näissä tilanteissa, ratkaisuja on haettava yhteiskunnan eri toimintasektoreiden yhdistetyin voimin.

Ymmärrys siitä, että jokaisella ihmisellä on positiivista mielenterveyttä, voimavaroja, haastaa myös mielenterveyden häiriöitä hoitavat ammatillaiset: työskentelyotteen on oltava mielenterveyttä edistävä ja työhön on sisällyttävä häiriöiden hoitamisen ohella toimintaa, jolla voidaan tukea ja vahvistaa ihmisen positiivista mielenterveyttä.

Britta Sohlman (2004) tutki funktionaalisen mielenterveyden mallin (kuvio 1) mukaisesti positiiviseen mielenterveyteen yhteydessä olevia tekijöitä osana kansainvälisen hankkeen suomalais-toteutusta².

Tutkimuksen tulosten mukaan vahvan positiivisen mielenterveyden omaavat kokivat taloudellisen tilanteensa hyväksi, heillä oli läheisiä ystäviä, heidän tekemiinsä kiinnitettiin paljon huomiota ja avun saaminen naapurilta oli helppoa. Lisäksi heidän tulevaisuuden suunnitelmansa olivat selkeitä ja he suhtautuivat tulevaisuuteensa optimistisesti. Positiivisen mielenterveyden omaavilla oli muita harvemmin taloudellisia kriisejä, ongelmia läheisten kanssa tai masennusoireita. Tutkimuksen tulokset puhuvat sen puolesta, että mielenterveys ei sijoitu terveys-sairaus-jatkumolle, vaan se tulee ymmärtää laaja-alaisesti. Samoilla linjoilla on myös Mielenterveyslaki (1990).

²Tässä tutkimuksessa positiivinen mielenterveys muodostui kolmesta toisiaan täydentävästä osatekijästä: koherenssin tunne (Antonovsky 1987), itseluottamus ja tyytyväisyys itseän nykyisellään ilman muutoksen tavoittelua (Pulkkinen & Rönkä 1994; Sinkkonen & Pulkkinen 1996). Altistavia tekijöitä olivat esimerkiksi tutkittavan perhesuhteet ja sosioekonominen tilanne. Laukaisevat tekijät käsittivät viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana tapahtuneet kielteiset elämäntapahtumat (Brugha & al. 1985). Vastaaajien sosiaalista tukea kartoitettiin John Ivar Brevikin ja Odd Steffen Dalgardin (1996) kehittämällä kysymyksillä. Positiiviseen mielenterveyteen liittyviä seurauksia olivat vastaajan terveydentila ja vastaajan tulevaisuutta koskevat ajatukset. Yhteiskuntaa ja kulttuuria kuvaavina muutujina käytettiin vastaajan sukupuolta ja asuinalueita. Kyselylomakkeen täytti yhteensä 1 937 henkilöä (vastausprosentti oli 64,9).

Jäikö jotakin kuitenkin kesken?

Funktionaalinen mielenterveyden malli ja positiivinen mielenterveys -käsite tarjoavat sairaus-terveys-jatkumoaajattelua laajemman näkökulman mielenterveyden tarkasteluun. Käsitteellistämiseen sisältyy kuitenkin ristiriitaisuuksia, eikä positiivinen mielenterveys -käsite pysty tavoittelemansa jatkumoaajattelun ylittämiseen, vaan tuottaa jatkumoaajatuksen uudessa muodossa.

Funktionaalisissa mallissa mielenterveys ymmärretään toisaalta prosessina: se muovautuu kaikkien kuviossa 1 mainittujen tekijöiden yhteisvaikutuksen tuloksena ja on jatkuvassa muutoksen tilassa. Toisaalta mallin kehittäjät kuitenkin toteavat, että positiivisen mielenterveyden voi ajatella ilmaisevan jatkumoa. Loogisesti ajatellen näin onkin, sillä implisiittisesti positiiviseen mielenterveyteen sisältyy ajatus negatiivisen mielenterveyden olemassaolosta. Kirjoittajien mukaan kyse ei ole kuitenkaan terveys-sairaus-jatkumosta, vaan sen rinnalla samansuuntaisesti kulkevas- ta jatkumosta. Nämä kaksi jatkumoa eivät risteydy missään yksittäisessä kohdassa: positiivisen mielenterveyden joitakin aspektoja on aina olemassa myös mielensairauden tilassa. Mielenterveyteen voidaan vaikuttaa käsittelemällä joko mielensairautta tai positiivista mielenterveyttä. (Lah- tinen & al. 1999, 32.)

Olisiko mahdollista ylittää oikeasti jatkumoa- ajattelu, mutta säilyttää esiin otetut elementit: mallin kuvaama prosessi, voimavaroiksi määritet- ty positiivinen mielenterveys ja mielensairaudet?

Mallin kehittäjät antavat itse vihjeen ongelman ratkaisuun puhumalla mielenterveydestä ihmisen voimavaroina, joita on läsnä sairaudessakin. Tästä askel pidemmälle on muuttaa mallin keskiöön mielenterveyden/voimavarojen tilalle ilmaisu ih- minen voimavaroinen. Itse asiassa juuri kussakin yksittäisessä ihmisessä vuorovaikutteiset erilaiset tekijät kohtaavat ja saavat muotonsa, kun ne ovat vuorovaikutteisissa suhteissa juuri tuon ihmisen kanssa. ”Tulos” voi olla voimissaan oleva pärjäävä ihminen, sairastunut ihminen jne. Ihmisen voi- mavarat voivat olla välillä hyvinkin vähissä, mut- ta edelleen on olemassa mahdollisuus vahvistua ja tätä prosessia voidaan hienovaraisesti tukea. Voi- mavarojen lisääntymisen voidaan ajatella ilmene-

vän siten, että ihmisen kosketus ympäristöön ja omaan elämään sen osana voimistuu. Omaan elä- mään saadaan ote ja sitä aletaan muokata itselle sopivaksi. Miten tuo muokkaaminen onnistuu, riippuu sitten lukuisista asioista, joita esimerkik- si funktionaalinen malli kuvaa.

Näin voidaan irrottautua molemmista jatku- moista, sekä perinteisestä mielenterveys-mielen- sairaus-jatkumosta että positiivinen mielenter- veyt-negatiivinen mielenterveys -jatkumosta. Ih- misenä oleminen onkin enemmän kuin liikku- mista terveyden ja sairauden välissä, ajateltiinpa asiaa somaattisesta tai psyykkisestä näkökulmasta. Esimerkiksi Sohlmanin (2004) tutkimuksen tu- lokset näyttävät puhuvan nimenomaan ihmisenä olemisesta tässä yhteiskunnassa ja sen erilaisissa olosuhteissa. Yhteiskunnan paineet koettelevat kaikkia, mutta epätaasaisesti ja jotkut haavoittuvat helpommin.

Ehdotammeko siis käsitteistä luopumista, luo- kittelujen hylkäämistä ja siirtymistä puhumaan pelkästään ihmisenä olemisesta? Emme, koska asioiden luokittelu, kategoriat, määritelmät, käsitteet jne. ovat nekin ihmisenä olemista, ihmisen keino tehdä maailma ymmärrettäväksi.

Se tulisi kuitenkin, erityisesti ihmisiä auttavien ja hoitavien sekä heidän kasvustaan huolehtivien, muistaa, että kokonaista ihmistä ei tavoiteta luo- kittelu- ja kategorioiden tai diagnoosien. Tarvitaan sellaista työskentelytaitoa, jossa yhdistyvät kiin- nostus ihmiseen (ei vain ongelmaan), hienovarai- nen tuki kohti toimijuutta, kyky soveltaa joustavasti tietojaan ja jonka perustana on vastuu toi- sesta ihmisestä (Kokkola & al. 2002).

Käsitteitä tulisi miettiä myös siltä kannalta, mi- ten hyvin niillä tehdään itseä ja omaa asiaa ym- märrettäväksi muille. Puheesta mielenterveydestä – positiivisestakaan – ei hevin päästä irti kytkey- tymisestä mielenterveyden häiriöihin, mikä estää tälle asialle kuuluvan painoarvon saamisen. Käsi- te sulkee myös tahtomattaan piiristään ihmisten hyvän voinnin puolesta työskenteleviä toimijoita, jotka eivät tunnista tekevänsä mielenterveystyötä. Mikä olisi käsite, jolla mielenterveys ihmisen voi- mavarana ja potentiaalina voitaisiin ilmaista ym- märrettävästi ja toimijat yhteen kokoavasti sekä tuoda esiin yhteiskunnan eri sektoreiden vastuu sen ylläpidosta?

KIRJALLISUUS

- ANTONOVSKY, A.: *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987
- BARDY, M. & SALMI, M. & HEINO, T.: Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263. Helsinki: Stakes, 2000
- BREVIK, J. I. & DALGARD, O. S.: The Health Profile Inventory. Julkaisematon artikkeli, 1996
- BRUGHA, T. & BEBBINGTON, P. & TENNANT, C. & HURRY, J.: The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine* 15 (1985), 189–194
- CARVER, T. & HYVÄRINEN, M.: Introduction. In: Carver, T. & Hyvärinen, M. (eds.): *Interpreting the Political. New methodologies*. London: Routledge, 1997
- HERRON, S. & MORTIMER, R.: 'Mental Health': A Contested Concept. P. 103–111. In: Murray, M. C. & Reed, C. A. (eds.): *The Promotion of Mental Health*, vol. 7. Aldershot: Ashgate, 2000
- HILL, F.: Mental health, holistic wellbeing and the spiritual dimension. P. 105–113. In: Trent, D. R. & Reed, C. A. (eds.): *The Promotion of Mental Health*, vol. 4. Aldershot: Avebury, 1994
- KOKKOLA, ANITA & KIIKKALA, IRMA & IMMONEN, TUULA & SORSA, MINNA: Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes, 2002
- LAHTINEN, E. & LEHTINEN, V. & RIIKONEN, E. & AHONEN, J.: (eds.): *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, Stakes, 1999
- LAVIKAINEN, J. & LAHTINEN, E. & LEHTINEN, V. (eds.): *Public Health Approach on Mental Health in Europe*. (2. edition.) Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, Stakes, 2001
- MIELENTERVEYSLAKI 1116/1990. 14.12.1990
- PULKKINEN, L. & RÖNKÄ, A.: Personal Control over Development, Identity Formation, and Future Orientation as Components of Life Orientation: A Development Approach. *Developmental Psychology* 30 (1994): 2, 260–271
- SILTALA, J.: Työelämän huonontumisen lyhyt historia: muutokset hyvinvointivaltioiden ajasta globaaliin hyperkilpailuun. Helsinki: Otava, 2004
- SINKKONEN, M. & PULKKINEN, L.: Elämänrakenne parhaassa aikuisiässä. *Psykologian laitoksen julkaisuja* nro. 333. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1996
- SOHLMAN, B.: Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. *Tutkimuksia* 137. Helsinki: Stakes, 2004
- THE STATE OF MENTAL HEALTH IN THE EUROPEAN UNION. Public health. Health and Consumer Protection. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf [luettu 2004]
- TYÖNJAKO JA TYÖRASITUS MIELENTERVEYSPALVELUISSA. Työryhmämuistio 2004: 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004
- UPANNE, M.: *Professional Paradigms of Suicide Prevention. Evolving a Conceptual Model*. Helsinki: Stakes, 2001.